



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de Intervención.

Título: Terapia de exposición en un joven con problemas de juego.

Autor: Diego Leal Aparicio

Tutor: José Luís Carballo Crespo

Elche a 15 de junio de 2017

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Método	7
4. Resultados	10
5. Propuesta de intervención	15
6. Conclusiones	20
7. Referencias	21
Figura 1	10
Figura 2	11
Figura 3	12
Figura 4	13
Figura 5	13
Figura 6	14

Resumen

Los juegos de azar siempre han estado presentes en la sociedad, las máquinas tragaperras actualmente generan la mayor parte de adicción dentro de este campo. El objetivo de la propuesta de intervención es conseguir la abstinencia de la conducta de juego por parte del sujeto. Para ello se han utilizado diferentes técnicas como la exposición imaginada, la exposición en vivo o la reestructuración cognitiva. Para conocer el estado inicial del paciente fueron utilizados diferentes instrumentos para medir la conducta de juego, la ansiedad, la depresión, la impulsividad, el riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias y la prevención de recaídas, para conocer las situaciones precipitantes de la conducta de juego. En los resultados obtenidos únicamente se presentan puntuaciones significativas en los instrumentos relacionados con la conducta de juego y el riesgo de consumo de alcohol. Pese a ello se esperan resultados positivos ya que el sujeto no presenta ninguna psicopatía y estaría dispuesto a seguir el tratamiento para lograr disminuir el consumo de alcohol y poder controlar su dinero. Se trata de un caso individual y específico, por tanto los resultados no se pueden generalizar, sería interesante que la familia participase en el proceso, ya que el programa requiere un coterapeuta.

Palabras clave: Juego patológico, adicción, tratamiento psicológico, prevención de recaídas.

1. Introducción.

Los juegos de azar siempre han estado presentes en la sociedad, hasta el año 1977 los únicos juegos de apuesta legales en España fueron aquellos gestionados por la ONLAE (Organización Nacional de Loterías y apuestas del Estado) y la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), a estos se sumaron los bingos y casinos de carácter privado (tipo A, al estar en salas especiales) y en 1981 aparecieron las máquinas tragaperras (tipo B) que actualmente generan la mayor parte de adicción dentro de este campo (Espada, Olivares y Méndez, 2007).

Es necesario definir el concepto de adicción, ya que es aceptado por diversos autores que cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva (Echeburúa, y De Corral, 2009), la adicción es la dependencia que padece un individuo a sustancias psicoactivas, en este caso, la ludopatía es una adicción sin drogas (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

El juego patológico se puede definir como la repetición de jugar por dinero exponiéndose a consecuencias negativas en el plano social, profesional e individual (Kuten, 2006).

En Ochoa y Labrador (1994) existen cuatro tipos de jugadores: jugadores sociales, jugadores profesionales, jugadores problema y jugadores patológicos. El jugador social es aquella persona que juega por placer y dedica una cantidad de dinero asumible respecto a su situación económica.

El jugador profesional es la persona que se dedica al juego para ganar dinero sin implicaciones emocionales, puesto que realiza apuestas estadísticamente exitosas. El jugador problema tiene una conducta de juego frecuente con los gastos suficientes como para ocasionar problemas económicos ocasionalmente. Tiene un menor control sobre su conducta que un jugador social, pero no se considera un jugador patológico, éstos se caracterizan por una dependencia emocional del juego, con pérdida de control e interferencias en la vida cotidiana (Ochoa y Labrador, 1994).

Existe una serie de sesgos cognitivos relacionados con el juego patológico. Algunos de ellos son: (1). La ilusión de control. Es una creencia errónea de tener una estrategia útil para ganar en los juegos de azar; (2). La falacia del jugador (falacia tipo I). Una creencia irreal de que un evento aleatorio es secuencial, por tanto la suerte sería un proceso que se autocorriga; (3). La superstición. Por la cual los individuos asocian un factor o acción con una buena ejecución; 4. Insensibilidad muestral (falacia tipo II).

El individuo intenta predecir cuándo ocurrirá una secuencia en el juego azaroso (Chóliz, 2006).

Las principales consecuencias laborales son el absentismo laboral, problemas de concentración y disminución del rendimiento, hurtos o estafas en el trabajo, conflictos con los compañeros, despido o no renovación del contrato, dificultades para encontrar un nuevo empleo, cambios de puesto por problemas derivados del juego y accidentabilidad laboral (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000).

También se puede encontrar problemas en otras áreas de la vida diaria, como consecuencias psicopatológicas (tristeza, depresión e irritabilidad), familiares (desatención familiar, falta de comunicación, alteraciones en la sexualidad, etc.), sociales (desatención de las amistades, disminución de las actividades de ocio, etc.), económicas (deudas y problemas de dinero relacionadas al juego.), legales (estafas, robos y otras actividades delictivas.) y consumo de sustancias (abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.) (CAT, 2008).

Hace unos años la prevalencia del juego patológico en España oscilaba entre el 1% y el 2% de la población (Becoña, 2004). Según el Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas (2015) se ha realizado un estudio con una muestra de 7.121 entrevistas, en el cual el 6,3% presenta riesgo, problemas o patologías vinculadas con el juego de azar. La edad media de inicio en el juego es de 23 años. En los últimos estudios se ha obtenido que entre el 0'3% y el 0'9% de la población tiene problemas con el juego patológico, aunque la mayor parte de los autores considera necesario aumentar las investigaciones para lograr aproximarse lo máximo posible a los datos reales del problema.

En Báez y Echeburúa (1995) y Becoña (2001) el trastorno por juego patológico es más frecuente en hombres, pero las mujeres son más resistentes a la hora de buscar ayuda debido a la crítica social. La edad de acceso al juego cada vez es más temprana y se extiende por todas las clases sociales. Hay un aumento de búsqueda de ayuda por parte de los adolescentes por problemas con el juego (Echeburúa, 2005).

Actualmente existen varios tipos de tratamientos psicológicos efectivos y en diferentes formatos, ya sea individual o en grupo. En Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen y Molde (2005) en cuanto a los tratamientos conductuales, encontramos la desensibilización imaginada con relajación con un 66% de tasa de éxito global (McConaghy et al., 1991), el control estimular y la exposición in vivo con prevención de respuesta con un

68'8% de tasa de éxito globales (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996), que producen efectos positivos como la reducción de la ansiedad, el dinero apostado, el tiempo invertido y poder lograr la abstinencia.

En Ladouceur (2005) en cuanto a los tratamientos cognitivos, se encuentra la reestructuración cognitiva con una tasa de éxito del 85%, con un 47% de tasa de abandono, mediante la cual se eliminan los sesgos cognitivos anteriormente mencionados. En Hodgins y Holub (2007) la terapia motivacional tiene como finalidad que el paciente comprenda el peso de los inconvenientes del juego frente a las ventajas y fomentar su motivación intrínseca, a partir de sus puntos fuertes, sirve como refuerzo a la terapia cognitivo conductual (TCC), con una tasa de éxito del 77%.

Por último, en Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (2001), es muy importante la prevención de recaídas, mediante la cual se proporcionan habilidades al paciente para actuar ante situaciones de alto riesgo y puedan utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas, tiene una tasa del 82% de éxitos de manera individual y un 78% de éxito en la modalidad grupal (como se cita en Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

La prevención de recaídas es importante debido a que el 90'5% de las mismas ocurre a los 6 meses de finalizar el tratamiento, por tanto es necesario y clave el uso de la prevención de recaídas para disminuirlas de manera significativa (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999).

Como se ha mencionado anteriormente el juego patológico es un problema actual en la sociedad española que afecta cada vez más a la población joven.

La sociedad está habituada a los juegos de azar, es por ello que no se le otorga la suficiente importancia, ya que es un problema que puede derivar en consecuencias negativas y significativas tanto para la persona que sufre el trastorno de juego como para la gente de su alrededor.

De hecho, según el estudio realizado por el Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas (2015) el 79% de las personas entrevistadas piensa que cada persona tiene derecho a jugar cuando quiera, tan solo el 58% piensa que el juego es una droga o enfermedad y el 52,2% opina que puede acarrear peligro para la integración familiar.

No se ha conseguido precisar detalladamente el perfil psicológico del ludópata (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000), por ello la detección de la ludopatía se genera cuando los jugadores buscan ayuda o cuando el juego ha producido consecuencias negativas.

Es preciso una investigación continua, tanto para detallar el perfil psicológico como para establecer con más rigor una terapia efectiva y eficaz que pueda demostrar el éxito esperado en este campo para aumentar la búsqueda de ayuda por parte del jugador, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir las recaídas y prolongar la abstinencia de juego.

El objetivo de este estudio es realizar una propuesta de intervención en el caso de un joven con problemas de juego de apuestas.

Método

Participante

El paciente es un hombre de 21 años de edad y soltero. En cuanto a la educación recibida, obtuvo el graduado de Educación Secundaria Obligatoria y un Grado medio de Cocina y Restauración. Actualmente trabaja a jornada completa en una fábrica de muebles como operario de máquinas.

Vive con sus padres y su hermana e inició la conducta de juego a los 16 años con máquinas tragaperras en los bares de su ciudad natal. Actualmente también juega a la ruleta y realiza apuestas deportivas tanto en máquinas físicas como de forma on-line.

Variables e instrumentos

La evaluación del cliente se realizó sobre una serie de variables, la puntuación de las cuales han ayudado en la obtención del diagnóstico, para observar si tiene problemas con el juego.

- *Conducta de juego y dependencia*: Se midió mediante el Cuestionario de Juego South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987) en su versión española (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) de 16 ítems, cuya puntuación oscila entre 0-20, el cual tiene tres interpretaciones. Si la puntuación es 0 no existe ningún problema con el juego. Con una puntuación de 1-4 existe algún problema con el juego y si es 5 o superior es probablemente un jugador patológico. En cuanto a la fiabilidad tiene una consistencia interna de 0,94 y una fiabilidad test-retest de 0,98. Por otro lado, referido a la validez se observa una correlación positiva de 0,92 con los criterios diagnósticos del DSM-III-R (Lesieur y Blume, 1987). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (C BJP) (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995) de 4 ítems con respuesta dicotómica (Sí/No) en caso de responder 2 o más ítems afirmativamente es probable el problema con el juego. En cuanto a la fiabilidad se encuentra un alfa de Cronbach de 0,94 y en el test-retest se ha obtenido una puntuación de 0,99.

Por otro lado en el análisis de la validez se puede observar una correlación positiva con el cuestionario SOGS de 0,95 (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995). Y por último la Escala de Jugadores Anónimos (Jugadores Anónimos) de 20 ítems con respuestas dicotómicas (Sí/No), si se responden 7 o más ítems afirmativamente es probable que el paciente tenga problemas de ludopatía.

En cuanto a la fiabilidad existe una consistencia interna de 0,94. Respecto a la validez se encuentra una correlación de 0,94 con el cuestionario (como se cita en Salinas, 2004).

- *Otras variables psicológicas:*

- *Impulsividad:* Se evaluó mediante la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Patton, Stanford y Barrat, 1995) en su versión Española (Salvo y Castro, 2013). Contiene 30 ítems, divididos en 3 subescalas; Impulsividad Cognitiva (8 ítems; 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10 ítems; 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems; 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).

Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre). La puntuación total oscila entre 0 - 120. Siendo la media de 60. En cuanto a la fiabilidad tiene un alfa de Cronbach de 0,77, el cual es aceptable. Por otro lado en el análisis de la validez se puede observar una correlación positiva con el consumo de alcohol medido por el AUDIT ($r(761) = 0,34, p < 0,001$) (Salvo y Castro, 2013).

- *Ansiedad:* Se midió mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorshuch y Lushene, 1970) en su versión española (Spielberger et al., 1982). Mediante este cuestionario de 40 ítems, con cuatro opciones de respuesta (0: Nada; 1: Algo; 2: Bastante; y 3: Mucho), los 20 primeros ítems están referidos a la Ansiedad-Estado; el grado de ansiedad en un momento determinado y los siguientes 20 ítems están referidos a la Ansiedad-Rasgo; el comportamiento de percibir diferentes situaciones de forma amenazante aunque no supongan una amenaza real (Spielberg, 1966, 1994, 2003). La puntuación de cada tipo de ansiedad oscila entre 0 – 60. Siendo la media de 30. En cuanto a la fiabilidad tiene una consistencia interna que oscila entre 0,90-0,93 (subescala Estado) y 0,84-0,87 (subescala Rasgo). En cuanto a la validez presenta una correlación con el Inventario de Depresión de Beck de 0,60 (Spielberger et al., 1982). Como se cita en Burgos y Gutiérrez, 2013.

- *Depresión*: Se midió mediante el Inventario de Depresión (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996) en su versión española (Sanz, Vázquez y Dpto. I+D Pearson Clinical & Talent Assessment, 2011). Este cuestionario contiene 21 ítems, con los cuales se mide el grado de depresión del cliente. La puntuación total oscila entre 0 – 63. Según los resultados obtenidos se pueden clasificar en cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

En cuanto a la fiabilidad tiene una consistencia interna de 0,91, por tanto es alta. La validez tiene una correlación estadísticamente significativa 0,66 entre la puntuación total del BDI-II y el ítem de gravedad de la depresión del Listado de Episodios Depresivos (LED) (Sanz y García-Vera, 2013).

- *Otras sustancias*:

- *Riesgo de consumo de alcohol*: Se midió mediante el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001) en su versión española. Este cuestionario consta de 10 ítems y cada uno de ellos tiene una serie de respuestas a elegir con una escala de 0 a 4. Por tanto la puntuación total oscila entre 0-40. Se establece una puntuación total igual o mayor a 8 como indicador de consumo de riesgo, consumo perjudicial y una posible dependencia de alcohol. En cuanto a la fiabilidad, tiene una consistencia interna de 0,79, por tanto es alta. Por otro lado, la validez tiene un alto coeficiente de correlación con el MAST de 0,88 y con el CAGE de 0,78 (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001).

- *Otras sustancias consumidas*: Se midió mediante un cuestionario elaborado ad hoc de 4 ítems en los que se incluyen el tabaco, el cannabis (hachís y/o marihuana), la cocaína y alucinógenos (LSD, tripis, setas, drogas de síntesis).

- *Prevención de Recaídas*: Posteriormente se evaluó el riesgo de recaída mediante el Inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico, el cual consta de 19 ítems. En la primera parte de cada ítem el sujeto indica el nivel de peligrosidad (“nada peligrosa”, “poco peligrosa”, “bastante peligrosa” y “muy peligrosa”), en la segunda parte señala la estrategia de afrontamiento utilizada para cada situación. También se ha utilizado el Registro de situaciones de alto riesgo para la recaída, esto permite conocer si el sujeto sabe identificar las situaciones de riesgo para la recaída, si es capaz de aplicar las habilidades entrenadas en la terapia y que el cliente observe los cambios conseguidos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Procedimiento

El evaluado es un conocido del autor del TFG, y la citación para aplicar los instrumentos se realizó en la casa del sujeto. Los cuestionarios fueron administrados en papel en el curso de dos horas. Los enunciados se leyeron en voz alta para asegurar la comprensión del paciente. El evaluado fue informado sobre la confidencialidad y anonimato de los datos facilitados.

Resultados

Para poder elaborar una representación gráfica de los resultados se han realizado transformaciones lineales a partir de las puntuaciones directas en una escala de 0 a 10.

Respecto a la conducta de jugar, los resultados obtenidos en los tres cuestionarios se reflejan en la Figura 1. Como se puede apreciar en el gráfico según la puntuación obtenida en el SOGS, la puntuación obtenida en el CBJP y la puntuación obtenida en el JA se puede decir que el cliente probablemente tenga problemas con el juego.

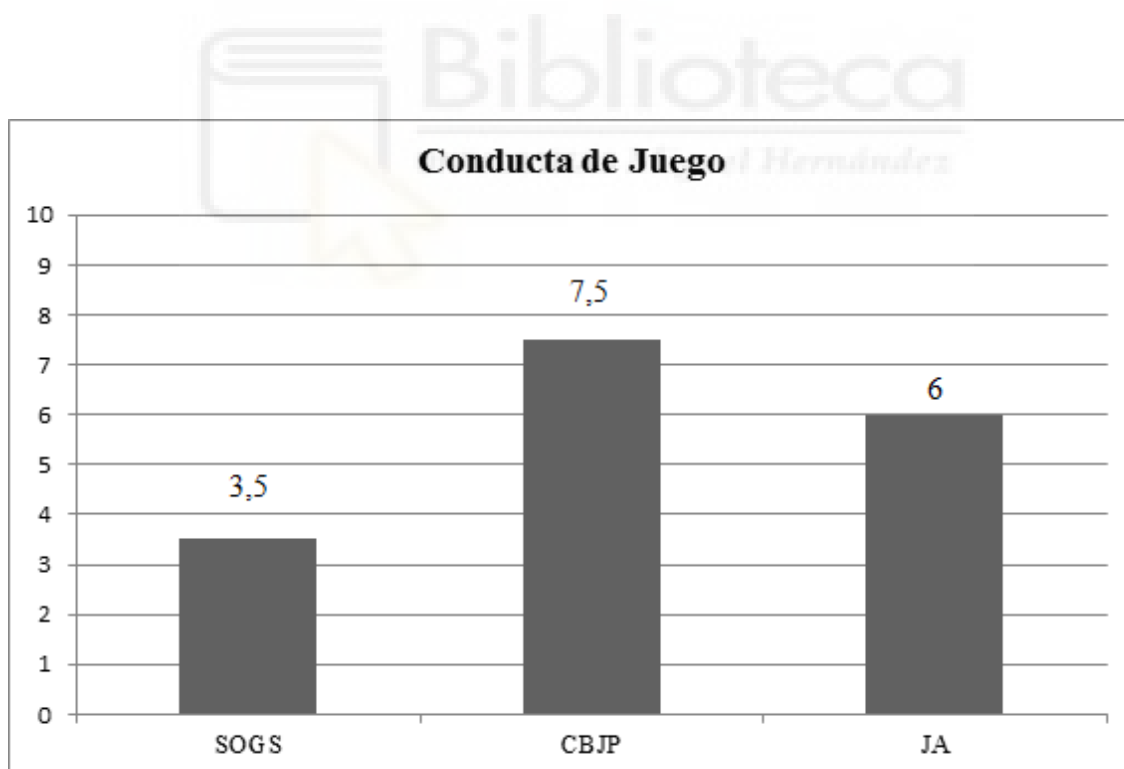


Figura 1. Resultados de la conducta de juego.

Puntuaciones directas: - SOGS (Cuestionario de Juego South Oaks) $\rightarrow 3,5 = 7$

- CBJP (Cuestionario Breve de Juego Patológico) $\rightarrow 7,5 = 3$

- JA (Jugadores Anónimos) $\rightarrow 6 = 12$

En cuanto a los resultados de los factores psicológicos como la impulsividad, la ansiedad y la depresión se reflejan en la Figura 2. En el gráfico se puede observar que tanto los resultados de los factores *Impulsividad* y *Ansiedad* no representan una puntuación significativa para considerar la existencia en estas áreas, por otro lado el resultado del factor *Depresión* también sigue la línea de los anteriores factores, pero en este caso la puntuación es significativamente inferior.

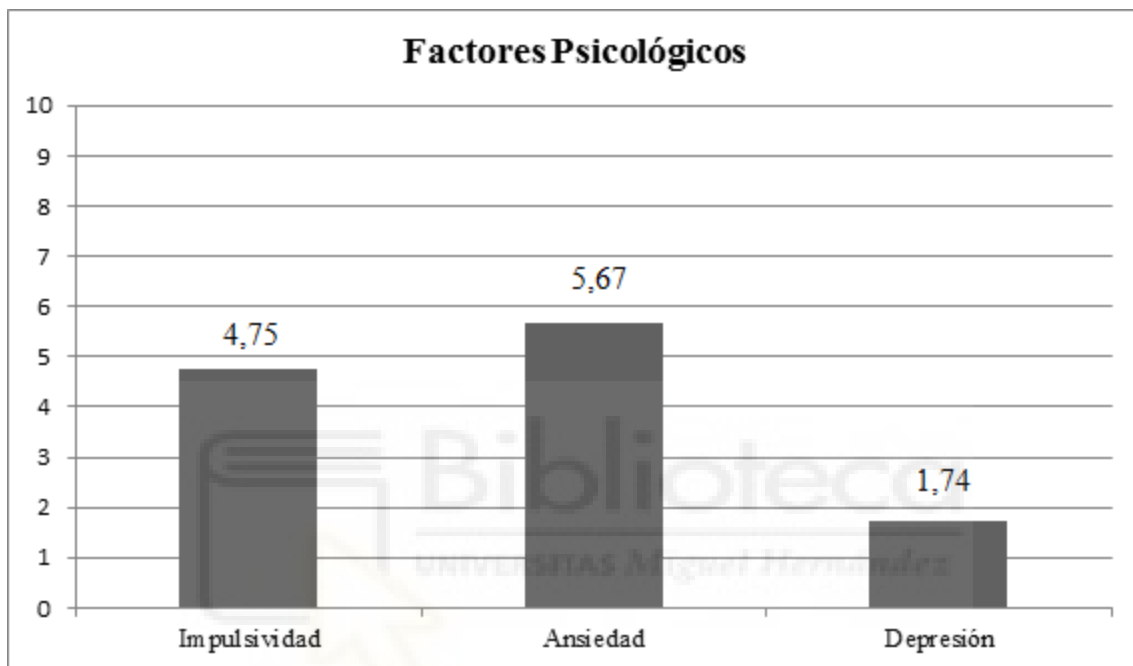


Figura 2. Resultados de las puntuaciones de los Factores Psicológicos.

Puntuaciones directas: - Impulsividad → 4,75 = 20

- Ansiedad → 5,67 = 34

- Depresión → 1,74 = 11

Los resultados obtenidos en el riesgo de consumo de alcohol se pueden apreciar en la Figura 3. El riesgo de consumo de alcohol ha sido evaluado mediante el AUDIT, la puntuación total obtenida ha sido de 17. Por tanto, según los criterios de interpretación anteriormente descritos, en este caso existe consumo de riesgo, consumo perjudicial y una posible dependencia de alcohol.

Por otra parte el cliente ha consumido dos sustancias aparte del alcohol, como son el tabaco y el cannabis. El cliente es consumidor diario de tabaco y consumidor experimental de cannabis.

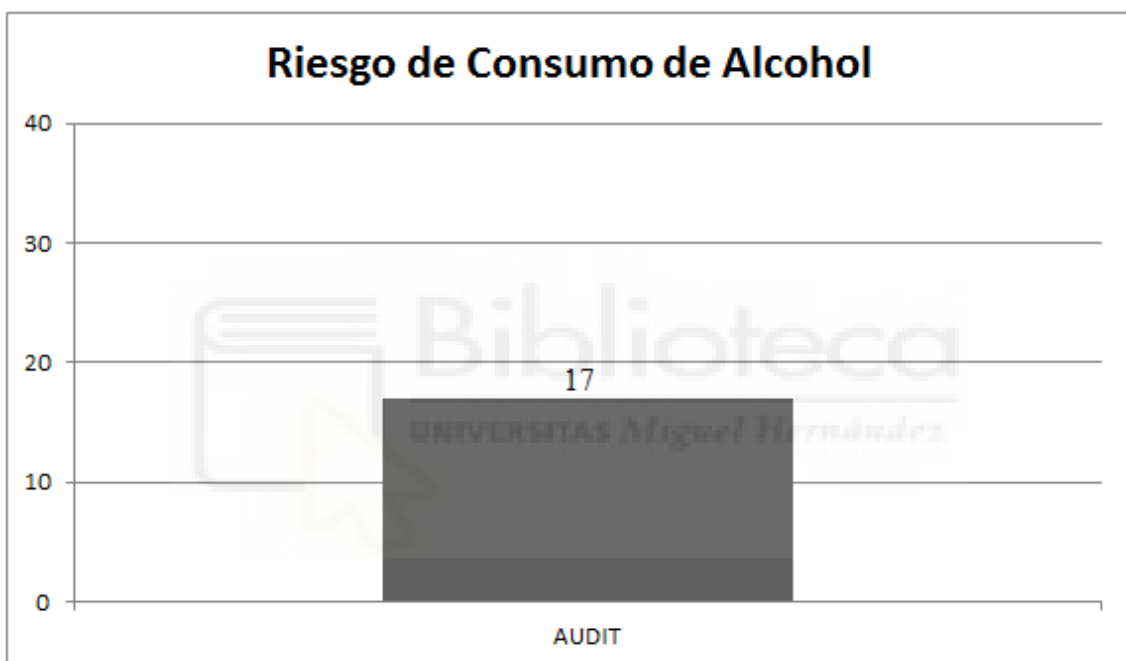


Figura 3. Resultados del riesgo de consumo de alcohol.

En cuanto a la prevención de recaídas, los resultados obtenidos en el Inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico, y el Registro de situaciones de alto riesgo para la recaída se ven reflejados en las Figuras 4, 5 y 6.

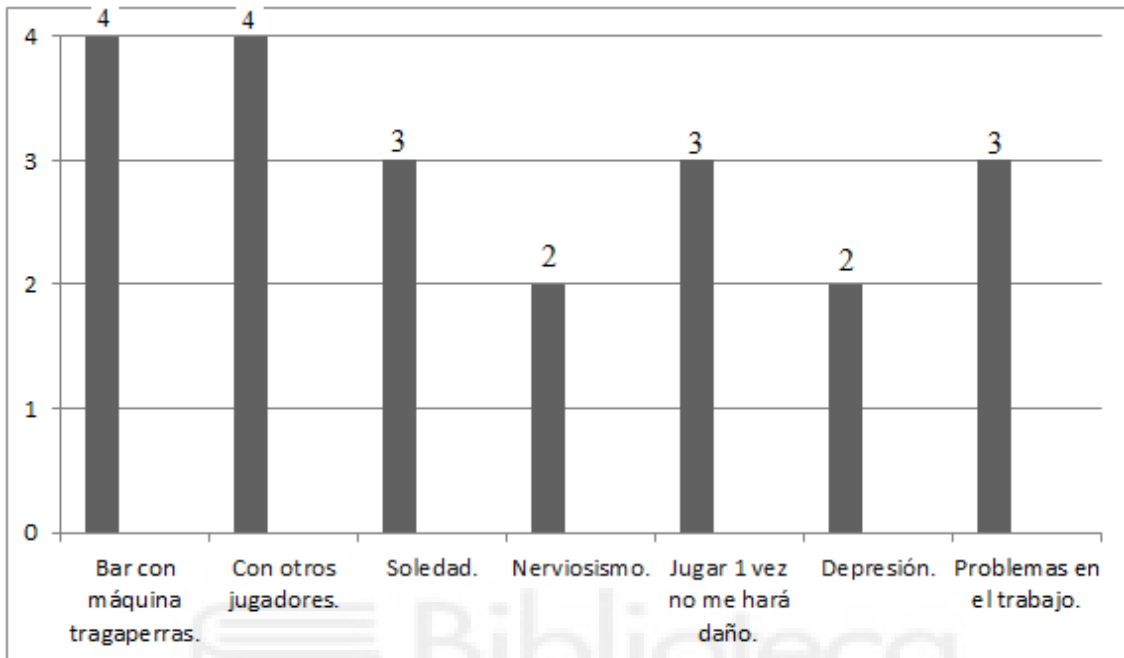


Figura 4. Resultados de situaciones de riesgo 1.

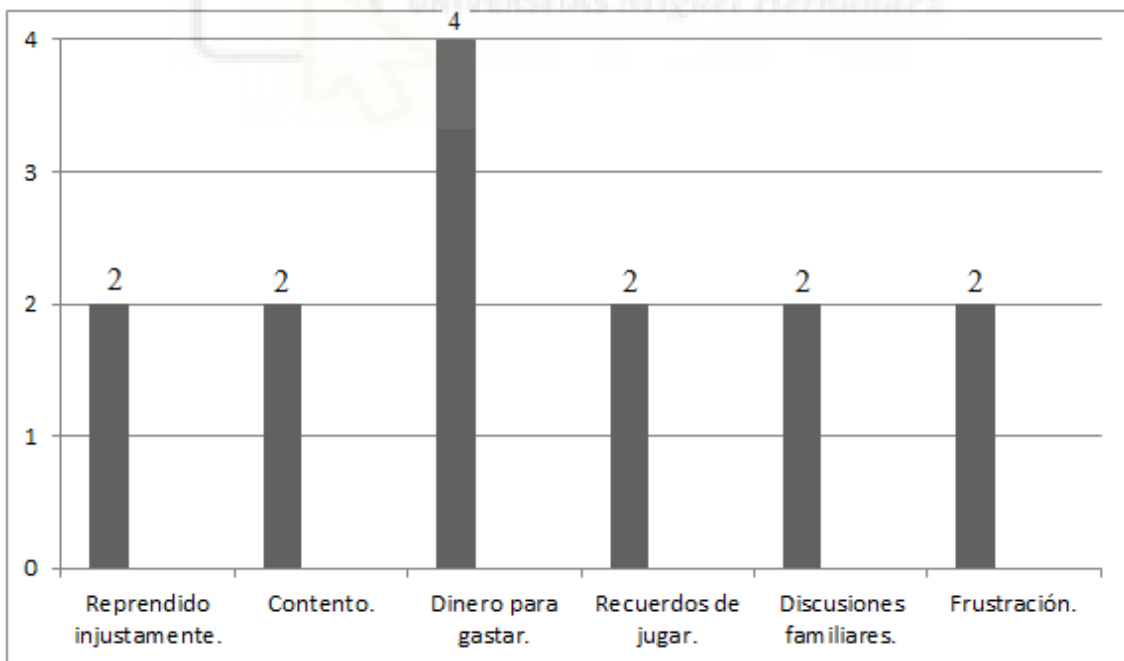


Figura 5. Resultados de situaciones de riesgo 2.

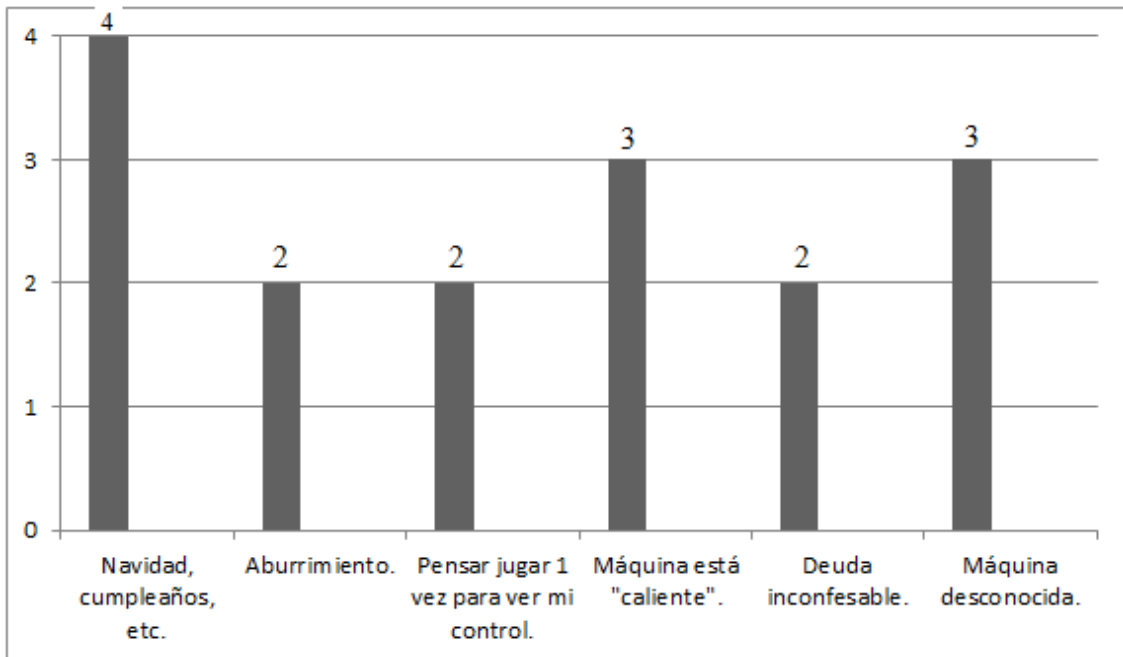


Figura 6. Resultados de situaciones de riesgo 3.

A la vista de los resultados obtenidos en los gráficos, las situaciones de riesgo que pueden provocar la recaída están relacionadas con asistir a lugares de ocio en los cuales se encuentran máquinas tragaperras, similares como apuestas deportivas, o desconocidas. Otro factor a tener en cuenta es pensar que la máquina esté "caliente", tener dinero para gastar en ese momento, estar con otros jugadores y en ocasiones especiales como la Navidad o un cumpleaños.

Por otro lado, aunque en menor medida están relacionadas con el estado mental o personal del sujeto como el hecho de sentirse solo, tener problemas en el trabajo o pensar que jugar una vez no tendrá consecuencias negativas.

De otra manera, en la figura 4 se confirman los resultados de la figura 2, ya que el nerviosismo y la depresión, entre otros estados del cliente, no se consideran importantes o significativos para provocar el deseo de jugar.

Los gráficos reafirman la importancia de la prevención de las recaídas mencionada en la introducción, ya que es muy conveniente conocer qué situaciones pueden precipitar el deseo de jugar por parte del paciente.

Propuesta de intervención

El presente tratamiento consta de 30 sesiones en 5 meses de carácter individual. En cada mes se llevarán a cabo durante 6 sesiones, alrededor de 2 horas cada una. Será necesaria la colaboración de un coterapeuta para poder realizarlo de manera óptima. La presente propuesta de intervención está basada en el programa descrito en Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2013). Se utilizarán diferentes tipos de técnicas mencionadas anteriormente como la desensibilización imaginada con relajación, el control estimular, la reestructuración cognitiva, la terapia motivacional y la exposición en vivo con prevención de respuesta.

- Sesiones 1-6: Introducción al tratamiento.

- Sesión 1: Fase educativa.

Objetivos: - Informar sobre el tratamiento.

- Informar sobre las técnicas utilizadas.
- Informar sobre los sesgos cognitivos.
- Informar del riesgo de consumo de alcohol.
- Explicar cómo completar el autorregistro y su función en la terapia.

Tareas: - En consulta:

- Firmar una hoja de autoexclusión de casinos y bingos.
- Dejar el control de su dinero a una persona de confianza.
- En casa:
 - Realizar una jerarquía de situaciones que le produzcan deseo de jugar.
 - Completar el autorregistro.

Descripción: Cuando el paciente acude a consulta en primera instancia se le informará sobre todo el procedimiento que se considere oportuno seguir en su caso, como el tratamiento, las técnicas y el autorregistro. Por otro lado se realizará una entrevista motivacional sobre el abuso del alcohol. Así mismo también recibirá cualquier información que le sea de utilidad e interés personal.

- Sesión 2: Situaciones de riesgo y afrontamiento.

Objetivos: - Explicar la técnica de identificar situaciones de riesgo para el juego.

- Explicar la técnica de las estrategias de afrontamiento.

Tareas: - En consulta:

- Revisar las tareas para casa.

- En casa:

- Realizar una lista de situaciones de menor a mayor grado de riesgo para el juego.

- Realizar una lista con estrategias de afrontamiento del deseo de jugar.

Descripción: Cuando el paciente viene a consulta se le explica en que consiste la identificación de situaciones de riesgo y que beneficios puede obtener, ya que el programa se basa en la exposición, tanto en imaginación como en vivo. Por otra parte también se le explicará la técnica de las estrategias de afrontamiento. El paciente utilizará la lista de las situaciones de riesgo y de las estrategias de afrontamiento durante la intervención.

- Sesiones 3-6: Desensibilización imaginada.

Objetivos: - Aplicar la desensibilización imaginada con relajación.

Tareas: - En consulta:

- Revisar las tareas para casa.

- En casa:

- Exposición en imaginación.

- Completar el autorregistro.

Descripción: Cuando el paciente viene a consulta se le explica en qué consiste la desensibilización imaginada y cómo debe relajarse en situaciones que pueden provocarle deseo de jugar. Las situaciones utilizadas serán las observadas anteriormente en las figuras 4, 5 y 6 del apartado de "Resultados" de menor a mayor grado de deseo de juego.

El paciente debe afrontar las situaciones en imaginación según el orden jerárquico realizado en casa. En este caso las situaciones con menor grado de deseo son los estados personales del sujeto y las situaciones con mayor grado de deseo de juego son las relacionadas con lugares de ocio, máquinas tragaperras u otras y estar con otros jugadores. El cliente se imagina la situación hasta que disminuye su deseo de jugar. Antes de empezar las sesiones de exposición en vivo se repasarán los planes de acción escogidos por el cliente y se discutirá sobre qué planes son más correctos para afrontar el problema en las diferentes situaciones.

- Sesiones 7-12: Exposición en vivo con coterapeuta I.

Objetivos: - Aplicar la exposición en vivo con prevención de respuesta acompañado de un coterapeuta.

- El control del deseo de juego por parte del paciente.
- Explicar la función del coterapeuta en el ejercicio de exposición.
- Explicar el funcionamiento de la hoja de justificación de gastos (ATABAL) y cómo cumplimentarla. Se trata de una hoja que sirve para que el sujeto pueda justificar mediante tickets los gastos diarios.

Tareas: - En consulta:

- Revisar las tareas para casa.
- En casa:
 - Completar el autorregistro.
 - Completar la hoja de justificación de gastos (ATABAL).

Descripción: El coterapeuta será una persona cercana al paciente. El coterapeuta permanecerá junto al paciente cuando practique los ejercicios de exposición delante de una máquina de juego. La actividad se realizará primero en situaciones de menor grado de deseo de juego para, de forma gradual, poder afrontar las situaciones de mayor grado de deseo sin que se lleve a cabo la acción de jugar, es decir, empezará enfrentándose a situaciones menos peligrosas como sentirse solo o tener problemas en el trabajo y terminará enfrentándose a situaciones más peligrosas como estar en un bar con máquinas tragaperras o fechas especiales como cumpleaños u otros eventos. El cliente lleva el dinero justo para sus necesidades diarias.

- Sesiones 13-18: Exposición en vivo con coterapeuta II.

Objetivos: - Aplicar la exposición en vivo con prevención de respuesta acompañado de un coterapeuta.

- El control del deseo de juego por parte del paciente.

Tareas: - En consulta:

- Revisar las tareas para casa.

- En casa:

- Completar el autorregistro.

- Completar la hoja de justificación de gastos (ATABAL).

Descripción: El coterapeuta permanecerá fuera del lugar en el que el paciente practique los ejercicios de exposición delante de una máquina de juego. La actividad se realizará primero en situaciones de menor grado de deseo de juego para, de forma gradual, poder afrontar las situaciones de mayor grado de deseo sin que se lleve a cabo la acción de jugar, es decir, empezará enfrentándose a situaciones menos peligrosas como sentirse solo o tener problemas en el trabajo y terminará enfrentándose a situaciones más peligrosas como estar en un bar con máquinas tragaperras o fechas especiales como cumpleaños u otros eventos. El cliente lleva el dinero justo para sus necesidades diarias.

- Sesiones 19-24: Exposición en vivo en solitario I.

Objetivos: - Aplicar la exposición en vivo con prevención de respuesta en solitario.

- El control del deseo de juego por parte del paciente.

Tareas: - En consulta:

- Revisar las tareas para casa.

- En casa:

- Completar el autorregistro.

- Completar la hoja de justificación de gastos (ATABAL).

Descripción: El coterapeuta permanece en casa cuando el paciente practica los ejercicios de exposición delante de una máquina de juego. La actividad se realizará primero en situaciones de menor grado de deseo de juego para, de forma gradual, poder afrontar las situaciones de mayor grado de deseo sin que se lleve a cabo la acción de jugar, es decir, empezará enfrentándose a situaciones menos peligrosas como sentirse solo o tener problemas en el trabajo y terminará enfrentándose a situaciones más peligrosas como estar en un bar con máquinas tragaperras o fechas especiales como cumpleaños u otros eventos. El cliente lleva el dinero justo para sus necesidades diarias.

- Sesiones 25-30: Exposición en vivo en solitario II.

Objetivos: - Aplicar la exposición en vivo con prevención de respuesta en solitario.

- El control del deseo de juego por parte del paciente.

Tareas: - En consulta:

- Revisar las tareas para casa.

- En casa:

- Completar el autorregistro.

- Completar la hoja de justificación de gastos (ATABAL).

Descripción: El coterapeuta ya no forma parte de los ejercicios de exposición. La actividad se realizará primero en situaciones de menor grado de deseo de juego para, de forma gradual, poder afrontar las situaciones de mayor grado de deseo sin que se lleve a cabo la acción de jugar, es decir, empezará enfrentándose a situaciones menos peligrosas como sentirse solo o tener problemas en el trabajo y terminará enfrentándose a situaciones más peligrosas como estar en un bar con máquinas tragaperras o fechas especiales como cumpleaños u otros eventos. El cliente lleva el dinero justo para sus necesidades diarias y realiza los ejercicios de exposición en solitario.

En las dos últimas sesiones se tratará la prevención de recaídas, en la cual el cliente completa el inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en el juego patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997).

De esta forma el paciente es capaz de identificar las situaciones precipitantes del juego como los estados de ánimo negativos y la presión social. La solución de problemas tiene el objetivo de hacer frente al ansia de juego y solucionar las dificultades emocionales (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2013).

Se realizará un seguimiento tras 6 meses y otro tras 12 meses de la finalización de la intervención para observar si los resultados se mantienen en el paciente. Se llevará a cabo mediante los mismos instrumentos utilizados en el tratamiento.

Conclusiones

El objetivo de la propuesta de intervención presentada en este trabajo es solucionar los problemas del paciente con el juego. Para ello se ha adaptado el programa descrito en Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2013) en el que se trabajan diferentes técnicas como la exposición imaginada, la exposición en vivo o la reestructuración cognitiva.

En los resultados obtenidos no se presentan puntuaciones significativas en los factores psicológicos, en el caso de la conducta de juego y el riesgo de consumo de alcohol sí se encuentra riesgo y hay una alta probabilidad de que existan problemas en estas áreas. Por otro lado en las situaciones de riesgo se distinguen el hecho de asistir a lugares de ocio con máquinas tragaperras y fechas especiales como principales causas de la conducta de juego.

Se esperan resultados positivos ya que el sujeto participa de forma activa, no presenta ninguna psicopatía y estaría dispuesto a seguir el tratamiento planteado para lograr un cambio en su hábito de juego.

Por otra parte sería interesante llevar a cabo la propuesta de intervención ya que se espera que el sujeto disminuya el consumo de alcohol y mediante el tratamiento pueda obtener el control de su dinero.

Esta propuesta trata sobre un caso individual y específico, por tanto los resultados no pueden ser generalizados al resto de la población, también sería interesante que la familia participase en el proceso, ya que el programa requiere un coterapeuta y en este caso los familiares cumplirían una función muy importante.

Referencias

- APA (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Madrid, España: Panamericana.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., y Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. *Revista Salud y Drogas*, 4(2), 9-34.
- Burgos, P., y Gutiérrez, A. (2013). *Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble*. Universidad del Bío-Bío, Chile.
- CAT (2008). *¿Cuáles son las consecuencias del Juego Patológico o Ludopatía?*. Barcelona, España.
- Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. Recuperado de [http://www.uv.es/choliz/ADICCION%20AL%20JUEGO%20\(MCholiz\).pdf](http://www.uv.es/choliz/ADICCION%20AL%20JUEGO%20(MCholiz).pdf)
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP). (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J., y Páez D. (1994). Cuestionario de juego patológico. *Análisis y modificación de conducta*, 74, 769-791.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2000). El juego patológico en España: Aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(4), 641-659.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2013). Nuevos retos en el Tratamiento del Juego Patológico. *Terapia Psicológica*, 32(1), 31-40.
- Espada, J.P., Olivares, J., y Méndez, X. (2007). *Terapia Psicológica: Casos Prácticos (2º ED.)*. Madrid, España: Pirámide.

- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., y Cález, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Un nuevo instrumento de "Screening". *Análisis y Modificación de conducta*, 21(76), 212-222.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). Manual del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: Un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(2), 115-121.
- International Society for Research on Impulsivity. BIS-11. Recuperado de <http://www.impulsivity.org/measurement/bis11>
- Jugadores Anónimos. (2017). 20 Preguntas. Recuperado de <http://www.jugadoresanonimos.org/Programa/>
- Kuten, E. (2006). Actualización: juego patológico. *Evidencia actual práctica ambulatoria*, 9(5), 144-147.
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2015). Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juego de azar en España 2015. Recuperado de <http://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia>
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (con la colaboración de E. Echeburúa, E. Becoña y M.A. Vallejo) (1994). Juego patológico. Barcelona: Plaza & Janés.
- Ospina-Díaz, J.M., Manrique-Abril, F.G., y Ariza, N.E. (2012). Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 28(2), 276-282.
- Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- PiDCA, Servicio Extremeño de Salud (SES). (2008). *Manual de Intervención en Juego Patológico*. Extremadura, España.
- Salinas, J.M. (2004). Instrumentos de diagnóstico y screening del juego patológico. *Salud y drogas*, 4(2), 35-29.
- Salvo, L., y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 51(4). 245-254.

- Sanz, J., y García, M.P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75.
- Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid, España: TEA.

